



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



AIDSTAR Plus

PROJECT MILESTONE

MILESTONE #27: ASSESSMENT OF PILOT IMPLEMENTATION IN THE FIVE
PRIORITIZED HEALTH REGIONS

CONTENTS

1. Informe de la Valoración Rápida Intermedia del Plan de Implementación Piloto de la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida en el Marco de la Reforma del Sector Salud

AUGUST 2015

This publication was produced for review by the United States Agency for International Development. It was prepared by AIDSTAR Plus under USAID/Honduras AID-522-TO-13-00001; IQC No. AID-GHH-I-00-07-00059.



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

Informe de la Valoración Rápida Intermedia del Plan de Implementación Piloto de la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida en el Marco de la Reforma del Sector Salud

Mayo - julio 2015



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



AIDSTAR Plus

Esta publicación ha sido posible por el generoso apoyo del pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido no necesariamente refleja el punto de vista de la USAID o del gobierno de los Estados Unidos.

Autoridades de la Secretaría de Salud

Dra. Edna Yolani Batres

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Dra. Sandra Maribel Pinel

Sub Secretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dr. Francis Rafael Contreras

Sub Secretario de Regulación

Dra. Silvia Yolanda Nazar Hernández

Directora General de Normalización

Dra. Glady Paz Díaz

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Dr. Billy Rolando González

Director General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dr. Bredy Dilmam Lara

Director de la Unidad de Vigilancia de la Salud

Autoridades de las Regiones Sanitarias

REGIÓN SANITARIA METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL

Dra. Karina Silva
Jefa Regional
Dr. Gustavo Ramírez
Unidad de Planeamiento
Dra. Nora Rodríguez
Unidad de Vigilancia de la Salud
Dra. María Castillo
Departamento de Redes Integradas de Servicios de
Salud
Dr. Hermes Reyes
Departamento de Vigilancia del Marco Normativo
Dra. Heidy Flores
Unidad de la Gestión y Desarrollo de los Recursos
Humanos

REGIÓN SANITARIA DE CORTÉS

Dra. Lourdes Estrada
Jefa Regional
Licda. Berta Lidia Rosales
Unidad de Planeamiento
Dra. Delia Mercedes Tercero
Unidad de Vigilancia de la Salud
Abogada Xiomara Janeth Paz
Unidad de la Gestión y Desarrollo de los Recursos
Humanos
Licda. Lourdes Herrera
Unidad de Comunicación Social
Licda. Silvia Vanessa Baide
Departamento de Vigilancia del Marco Normativo
Dra. Olga Dinorah Nolasco
Departamento de Redes Integradas de Servicios de
Salud
Abogado Samuel Pacheco
Unidad de Servicios Legales

REGIÓN SANITARIA DE ATLÁNTIDA

Dra. Noelmy Balbina Arzú
Jefa Regional
Dra. Daysi Guardiola
Unidad de Vigilancia de la Salud
Dra. Hilda Suyapa Everett
Unidad de la Gestión y Desarrollo de los Recursos
Humanos
Licda. Lourdes Bertrand
Unidad de Comunicación Social
Lic. Armando Rojas
Departamento de Vigilancia del Marco Normativo
Dr. Edwin Interiano
Departamento de Redes Integradas de Servicios de
Salud
Abogada. Carmen Espinoza
Unidad Legal
Licda. Jenny Guerrero
Departamento de Administración

REGIÓN SANITARIA ISLAS DE LA BAHÍA

Dr. Noel Omar Brito
Jefe Regional
Licda. Kenia Alfaro Castillo
Unidad de Planeamiento
Licda. Gladys Maradiaga
Unidad de Vigilancia de la Salud
Licda. Besy Fúnez
Unidad de la Gestión y Desarrollo de los Recursos
Humanos
Licda. Ellen Frazier
Unidad de Comunicación Social
Dr. Fermín López
Departamento de Vigilancia del Marco Normativo
Dr. Adalberto Mejía
Departamento de Redes Integradas de Servicios de
Salud
Licda. Tamarra Bodden
Departamento de Administración

Región Sanitaria Metropolitana de San Pedro Sula

Dra. Lorena Martínez

Jefa Regional

Licda. Blanca Betancourt

Unidad de Planeamiento

Dra. Deisy Suazo

Unidad de Vigilancia de la Salud

Abogada. Hilda Izaguirre

Unidad de la Gestión y Desarrollo de los Recursos Humanos

Licda. Elizabeth Arias

Unidad de Comunicación Social

Dr. Manuel Bonilla

Departamento de Vigilancia del Marco Normativo

Dra. Lucy Geraldina Aguilar

Departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud

Lic. Erasmo Perdomo

Departamento de Administración

TABLA DE CONTENIDO

Siglas y acrónimos.....	6
I. INTRODUCCIÓN.....	8
II. ANTECEDENTES - JUSTIFICACIÓN.....	8
III. OBJETIVOS.....	9
IV. METODOLOGÍA.....	10
A. <i>Diseño del estudio</i>	10
B. <i>Universo</i>	10
C. <i>Población objetivo</i>	10
D. <i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	11
E. <i>Método de muestreo y selección de la muestra</i>	11
F. <i>Tamaño de la muestra</i>	11
G. <i>Recolección de la información</i>	11
H. <i>Análisis de datos</i>	13
I. <i>Preparación del trabajo de campo</i>	14
J. <i>Supervisión y monitoreo del trabajo de campo</i>	14
V. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	15
VI. CONCLUSIONES.....	39
VII. HALLAZGOS.....	40
VIII. LOGROS.....	41
IX. RECOMENDACIONES.....	41
X. RETOS.....	42
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	43

Siglas y acrónimos

ALC	América Latina y el Caribe
AI	Atención Integral
APS	Atención Primaria en Salud
ARV	Antirretroviral
CAI	Centro de Atención Integral
CAP	Conocimiento, Actitudes y Prácticas
CIS	Centro Integral de Salud
CPSSG	Conjunto de Prestaciones de Servicios en Salud a Garantizar
CONASIDA	Comisión Nacional de Sida
CV	Carga Viral
DO	Desarrollo Organizacional
DSPNA	Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención
DGDS	Dirección General de Desarrollo de Sistemas
ECVC	Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento
EEUU	Estados Unidos de Norte América
ES	Establecimiento de Salud
ESFAM	Equipos de Salud Familiar
HB	Hospital Básico
HBRR	Hospital Básico de Referencia Regional
HEU	Hospital Escuela Universitario
HG	Hospital General
HLM	Hospital Leonardo Martínez
HMCR	Hospital Mario Catarino Rivas
HSH	Hombres que tiene relaciones sexuales con hombres
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
INCP	Instituto Nacional Cardiopulmonar
IO	Infecciones Oportunistas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LNS	Laboratorio Nacional de Sida
MNS	Modelo Nacional de Salud
MPB	Miguel Paz Barahona
M&E	Monitoreo y Evaluación
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCR	Reacción en Cadena de Polimerasa
PEMAR	Población en mayor riesgo
PENSIDA	Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y Sida
PTMH	Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo/Hija
PVV	Persona que vive con el VIH
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RUPS	Registro de Unidades Prestadoras de Servicios
SESAL	Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
SS	Sector Salud

Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TAR	Terapia antirretroviral
TS	Trabajadoras sexuales
UAFCE	Unidad Administradora de Fondos de Cooperación Externa
UAPS	Unidad de Atención Primaria de Salud
UGD	Unidad de Gestión Descentralizada
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
USM	Unida Metropolitana de la Ceiba
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

I. Introducción

En el año 2012 la Secretaría de Salud (Sesal) oficializó la “Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/SIDA en el Marco de la Reforma del Sector Salud de Honduras”, a través del Acuerdo No. 207 publicado en el Diario Oficial “La Gaceta” con fecha 04 de Julio de 2012, la cual está enmarcada en La Visión de País y el Plan Nacional de Salud.

Fue diseñada en el marco del Modelo Nacional de Salud (MNS) y del nuevo Desarrollo Organizacional (DO) de la Secretaria de Salud con el propósito de mejorar la entrega de los servicios, de salud en forma integral en las áreas de promoción, prevención, atención y apoyo de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), con acciones específicas para mejorar la calidad, cobertura y acceso a estos servicios para la población Hondureña.

La fase de implementación piloto de la Estrategia de Abordaje Integral, inició en Junio de 2014 a través de los planes específicos en las cinco regiones sanitarias priorizadas y las diferentes Direcciones Generales del nivel central con la asistencia técnica del Proyecto AIDSTAR-Plus de JSI y con financiamiento de la USAID. Actualmente la asistencia técnica está por finalizar, por lo cual se elaboró y desarrollo la valoración rápida intermedia que apoye a la identificación de los principales logros, avances y obstáculos en el cumplimiento de metas según los objetivos planteados en la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida.

El presente documento describe los objetivos, metodología, principales hallazgos y recomendaciones para finalizar la fase piloto. Se espera que la información obtenida, sea de utilidad para las Autoridades de Salud y las agencias donantes.

II. Antecedentes – justificación

Con la implementación piloto de la “Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida” se contribuirá a mejorar la respuesta nacional al VIH a través de la ampliación de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de los servicios de promoción, prevención, atención, y apoyo en el abordaje integral a las ITS y VIH, focalizándose en las poblaciones clave en mayor riesgo a la infección por VIH. Está constituida por 14 líneas estratégicas y será implementada en dos fases: I) Operativización del abordaje y el pilotaje inicial en zonas priorizadas y II) Ampliación de escala a nivel nacional.

Actualmente se encuentra en desarrollo la Fase I, que corresponde a la implementación piloto de la estrategia. Esta fase inició el 29 de mayo del año 2014, cuando se firmaron los acuerdos entre las regiones sanitarias y la autoridad nacional en Casa Presidencial. Se estimó una duración de 18 meses desarrollándose a través de los planes de implementación piloto con el nivel central y en cinco (5) Regiones Sanitarias priorizadas según criterios epidemiológicos: Región Sanitaria de Cortés, Islas de la Bahía, Atlántida y las regiones Metropolitanas de Tegucigalpa y San Pedro Sula.

Al finalizar esta experiencia piloto, se espera obtener las herramientas técnicas, logísticas, lecciones aprendidas y mejores prácticas que serán descritas en un documento de sistematización de intervenciones.

Desde el inicio de la fase piloto, la Sesal ha tenido el apoyo y asistencia técnica del Proyecto AIDSTAR- Plus/JSI con financiamiento de la USAID. Sin embargo, dicha asistencia técnica finalizará en el mes de julio del 2015. En ese sentido las autoridades nacionales de salud y equipos regionales condujeron el proceso de valoración a fin de revisar los avances obtenidos en los 14 meses de acompañamiento con la asistencia técnica y ver el panorama completo de las cinco regiones. Dicha información será de utilidad para la priorización de acciones y hacia donde orientar los esfuerzos hasta que se finalice la fase piloto en las regiones priorizadas en julio del año 2016.

Por lo anterior, se planificó y desarrollo una valoración rápida intermedia que permitió la identificación de los principales logros, avances, obstáculos y recomendaciones para el cumplimiento de metas según los objetivos planteados en la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida en el marco de la reforma del Sector Salud de Honduras. Como valor agregado, se fortalecerán las competencias técnicas y habilidades en el personal de las cinco regiones sanitarias priorizadas, para realizar en el futuro valoraciones de procesos, programas o intervenciones de salud.

III. Objetivos

General:

Realizar una valoración rápida intermedia del plan de implementación piloto de la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida, que oriente a tomadores de decisiones de la Secretaría de Salud en la finalización de la fase piloto como parte del proceso de la reforma del Sector Salud.

Específicos:

1. Identificar los principales logros, avances y obstáculos en el mejoramiento de la capacidad rectora de la Sesal en el nivel central y regional
2. Identificar los principales logros, avances y obstáculos en la ampliación de la cobertura y la mejora de la calidad de los servicios de ITS y VIH.
3. Identificar los principales logros, avances y obstáculos en el cumplimiento de metas de los planes de implementación piloto de la estrategia.
4. Proponer conclusiones y recomendaciones según los resultados de la valoración para la finalización de la fase de implementación piloto de la estrategia.

IV. Metodología

A. Diseño del estudio

Se realizó una valoración rápida intermedia de carácter descriptivo y corte transversal, utilizándose técnicas cuantitativas y cualitativas que permitieron valorar el nivel de avance de la estrategia de abordaje integral en la fase de implementación piloto en las cinco regiones priorizadas y unidades técnico normativas. Para la aplicación de las diferentes técnicas, se elaboraron los instrumentos de recolección de información según el proceso y subproceso definido. Los instrumentos fueron revisados por el equipo técnico responsable del proceso según los objetivos de la valoración.

Las técnicas cualitativas utilizadas fueron: Entrevista a profundidad, entrevista auto-diligenciada, grupos focales, y grupos de discusión/revisión documental.

Para revisar los datos en cada uno de los procesos y poder cuantificar el nivel de avance se diseñaron listas de chequeo, donde se hizo el vaciado de la información cuantitativa según las fuentes primarias que fueron revisadas.

B. Universo

Estuvo constituido por Autoridades de la Secretaría de Salud de nivel central, regional y socios, así como los proveedores públicos y no públicos de ITS y VIH de las cinco regiones priorizadas.

C. Población objetivo

De acuerdo a los objetivos planteados en la valoración, la población objetivo estuvo conformada en dos sub grupos con las siguientes características:

- Sub-grupo 1. Tomadores de decisión del nivel central y regional de la Sesal, así como socios cooperantes vinculados a los objetivos del plan de implementación piloto de la estrategia:

Nivel Central Secretaría de Salud. La Subsecretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud por ser la instancia que conduce la implementación piloto de la estrategia a través de la Dirección de Redes Integradas de Servicios de salud, el Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención, Departamento de Servicios del Segundo Nivel de Atención y la Unidad de Gestión de la Calidad. Incluye otras instancias del nivel central con quienes se ha coordinado y desarrollado procesos: Dirección General de Normalización, Unidad de Gestión Descentralizada (UGD), Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión (UPEG).

Nivel Regional Secretaría de Salud. La implementación piloto de la estrategia en el nivel regional está bajo la conducción y rectoría de la Jefatura Regional, que involucra al Departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud, la Unidad de Planeamiento, Unidad de Vigilancia de la Salud, Unidad de Servicios Legales, Unidad de Gestión y

Desarrollo de los Recursos Humanos y Unidad de Comunicación Social. Así mismo, se han vinculado los Departamentos de Vigilancia del Marco Normativo, y Departamento de Administración. Cada unidad está organizada al interior por áreas (área de planificación, monitoreo y evaluación, gestión de la información y el desarrollo del talento humano).

Socios. Entre los principales socios cooperantes e implementadores están: ULAT, LMG, CHF/Global Communities, ONUSIDA, PASMO, quienes han participado en algunos procesos de la fase piloto de la estrategia.

- Sub-grupo 2. Proveedores públicos y no públicos:

Proveedores públicos. Personal de los establecimientos de salud públicos, donde se brindan servicios de ITS y VIH que hayan participado en los procesos del plan de implementación piloto de la estrategia.

Proveedores no públicos: Personal de los establecimientos de salud privados, tales como: ONG, hospitales, laboratorios, clínicas, asociaciones, fundaciones, donde se brindan servicios de ITS y VIH, que hayan participado en los procesos del plan de implementación piloto de la estrategia.

D. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión que se utilizaron en la valoración fueron los siguientes:

- Persona de cualquiera de los tres subgrupos de población definidos para la valoración,
- Hombres y mujeres mayores de 18 años de edad,
- Haber participado en el desarrollo de cualquiera de los procesos objetos de la valoración incluidos en el plan de implementación piloto de la estrategia
- Brindar el consentimiento verbal de participación

E. Método de muestreo y selección de la muestra

Se aplicó un muestreo por conveniencia, en vista que los informantes clave fueron seleccionados según el rol desempeñado en la implementación piloto de la estrategia de acuerdo a cada objeto de la valoración.

F. Tamaño de la muestra:

Según criterios de inclusión establecidos, se seleccionaron los informantes clave del subgrupo de población 1 y 2, para aplicar los instrumentos mediante técnicas cualitativas. Con esta metodología, no se estableció un tamaño de muestra a priori, pero si un mínimo de entrevistas y grupos focales a realizar y evaluación del criterio de saturación.

La saturación de la información se refiere al momento en que, después de la realización de un número de entrevistas, grupos focales, etc., la información deja de aportar nuevos elementos o datos. Cuando se llega a ese punto, se deja de recolectar información.

G. Recolección de la información:

Se utilizó los resultados de las técnicas desarrolladas en el proceso de sistematización, aplicando las guías de entrevista para cada una de las técnicas: entrevista a profundidad, entrevista auto-diligenciada, grupos focales, grupos de discusión/revisión documental, que permitieron conocer los principales logros, avances y obstáculos en cada uno de los procesos y sub-procesos objetos de valoración, también se obtuvo información sobre la percepción de las autoridades, socios y proveedores públicos, no públicos respecto a los procesos desarrollados en la implementación piloto de la estrategia.

Para la recolección y procesamiento de la información, los equipos regionales se organizaron de acuerdo a sus cargos y competencias y además al grado de involucramiento en el desarrollo de los procesos. Para cada proceso se definió un coordinador y colaboradores; en todo el proceso los equipos de la Sesal recibieron la asistencia técnica del Proyecto AIDSTAR Plus.

Para el componente cuantitativo de la valoración se revisó y obtuvo información de la documentación del año 2014 y 2015:

- Tablero de mando
- Planes de implementación piloto de las regiones y nivel central, 2014- 2015
- Planes de mejora continua de la calidad e informes de la mejora en la calidad de los servicios de ITS y VIH.
- Base de datos de personal capacitado en los diferentes componentes o procesos del plan de implementación piloto de la estrategia de ambos años
- Normas, manuales, curriculas, guías y lineamientos producidos

Para el componente cualitativo se planificaron las entrevistas a informantes clave y grupos focales según muestra el cuadro 1:

- Entrevistas con informantes clave. Se planearon realizar 38 entrevistas en profundidad y 29 entrevistas auto-diligenciados, utilizando las guías de preguntas semi estructurada de acuerdo a los procesos a valorar.
- Grupos focales. Se planificó realizar 12 grupos focales, conformado por un máximo de 10 personas y un mínimo de 6 personas. Se utilizaron guías de preguntas estandarizadas para los cinco grupos que indagará sobre los procesos a valorar. Para los grupos de discusión/ revisión documental se planea realizar 11 grupos con los equipos regionales.

Cuadro 1. Técnicas cualitativas a realizar por procesos y sub- procesos

Proceso	Técnicas Cualitativas			
	Entrevista a profundidad	Entrevista autodiligenciada	Grupos Focales	Grupo Discusión/Revisión documental
1. Tablero de control	-	6	-	-
2. Costeo del paquete específico	1	5	-	-
3. Armonización de cooperantes para facilitar la coordinación en la implementación de la estrategia	2	-	-	-
4. Normalización para la atención en ITS y VIH	-	-	1	-
5. Entrenamiento de recursos humanos que proveen servicios en ITS y VIH	-	1	7	1
6. Mejora continua de la calidad de los servicios de ITS y VIH	15	17	-	-
7. Supervisión capacitante de servicios de ITS y VIH	13	-	3	-
8. Ampliación de cobertura de servicios de ITS y VIH en poblaciones claves	-	-	-	5
9. Delimitación y configuración de las redes integradas de servicios de ITS y VIH	-	-	-	5
10. Paquete específico	1	-	1	-
11. Rectoría	7	-	-	-
Total de proceso	38	29	12	11

H. Análisis de datos

Cualitativos

De acuerdo a los objetivos planteados, se realizó el análisis de la información de las entrevistas a profundidad, entrevistas auto diligenciadas, grupo focales y grupos de discusión fueron analizadas, creando nodos (categorías de temas) basados en los procesos y subprocesos.

Para ello, se orientó a cada equipo regional a realizar las transcripciones de cada una de las entrevistas y grupos focales y de discusión según las preguntas establecidas en los instrumentos. El equipo conductor revisó que las transcripciones estuvieran completas y con la información necesaria para el análisis respectivo. En los casos donde las personas entrevistadas/as expresaron o describieron de forma precisa un concepto importante se tomó textualmente. Posterior a la transcripción, todas las notas fueron resumidas en un formato específico para cada instrumento, lo que permitió una mejor organización de los datos para el análisis respectivo.

Para los grupos focales y previa autorización de los entrevistados, se tomó nota escrita durante el desarrollo de la reunión y se elaborará un resumen en el formato correspondiente. Las notas del relator ayudaron para completar el resumen para integrar detalles y agregar información que haya sido omitida.

Los resúmenes electrónicos se trasladaron a un formato de transcripción definido por cada proceso con el propósito de crear los nodos (categorías de temas) basados en los objetivos de la valoración. Se identificaron opiniones similares, así como, divergencias entre los datos de las entrevistas. Una vez finalizada la codificación, se generó un resumen de cada nodo. Los resultados cualitativos se categorizaron en función de los procesos por región de salud y se hizo un resumen del proceso en general.

Cuantitativos

De acuerdo al plan de implementación piloto de la estrategia, se elaboró un archivo en excel para consolidar los alcances por cada uno de los objetivos y resultados del plan.

En dicho archivo, se vació la información de número de personas entrenadas, número de planes, presupuesto ejecutado por cada región etc.

I. Preparación del trabajo de campo

Se conformó un equipo conductor y cinco equipos de campo en las regiones priorizadas para que la recolección de datos simultánea. Dichos equipos fueron capacitados en las técnicas el uso de los instrumentos a utilizar y.

J. Supervisión y monitoreo del trabajo de campo

El equipo conductor integrado por los técnicos de nivel central de la Subsecretaría de Redes y Servicios de Salud y el equipo técnico de AIDSTA-Plus, realizando acciones de monitoreo del trabajo de campo de la valoración.

Como todo proceso de investigación se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, mediante el cual se explicó los objetivos de la entrevista y el uso de la información a obtener. No se obtuvo datos de identificación de los participantes en los instrumentos aplicados.

Período: Todas las etapas de la valoración se realizaron entre los meses de mayo a julio del 2015 según la planificación general del proceso.

V. Presentación y análisis de resultados

Proceso: Rectoría

La Constitución manda como obligación del Poder Ejecutivo adoptar las medidas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de los habitantes y expresa que el Poder Ejecutivo por medio de la Secretaría de Salud, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados del sector, mediante un Plan Nacional de Salud en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados.

Por su parte, el Código de Salud señala que la salud es un derecho humano inalienable y que corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales o jurídicas, el fomento de su protección, recuperación y rehabilitación. Establece que corresponde a la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, la definición de la política nacional de salud, la normalización, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas en el campo de la salud en los niveles departamental y municipal, y que la Secretaría de Salud actuará por medio de las Jefaturas Regionales y Áreas Sanitarias, respectivamente, bajo un racional principio de coordinación y descentralización administrativa.

El Código también faculta a la Secretaría de Salud, para que mediante resolución delegue o reasigne, en cualquier tiempo y en cualquiera de sus unidades administrativas, dependencias y otros organismos constituidos de conformidad con la ley, las actividades propias del sector salud.

Resultados

Para conocer aspectos sobre cómo se ha fortalecido el rol rector a nivel central y a nivel de las regiones sanitarias, con la implementación del plan piloto de la Estrategia de Abordaje Integral de las ITS y VIH, se realizaron entrevistas a profundidad a la vice-ministra de salud, Dra. Sandra Pinel y a las Jefas Regionales de Atlántida, Cortés, Metropolitanas del Distrito Central y San Pedro Sula.

Las opiniones al respecto por parte de la Vice ministra de Redes Integradas de Servicios fueron las siguientes:

- La implementación piloto de la estrategia ayudó al nivel intermedio (las regiones sanitarias) enormemente desde que se realizó el diagnóstico de proveedores de servicios de ITS y VIH que les motivó al permitirles conocer en dónde están los proveedores de servicios, quienes son y el rol de ellos como equipo regional desde su rol rector. A los equipos regionales les tocó hacer el diagnóstico de proveedores y conocer el estado de licenciamiento de esos proveedores, ver que había muchos proveedores que talvez no se conocía que trabajan en VIH e ITS. Eso es lo más exitoso observar como este tema ha contribuido a como desde el rol rector se conduce la provisión y haberlo conducido de manera formal.
- A nivel central, la implementación de la Estrategia en su fase piloto estuvo adelante de los cambios organizacionales que iban ocurriendo en el nivel central de la SESAL. La implementación de los planes piloto enseñó que las cosas se pueden hacer.
- En el tema de VIH el programa nacional a nivel central se pudo desvincular de la provisión y enfocarse en su rol normativo. Esto ha sido lo más trascendental en esta fase, como las regiones sanitarias se involucraron en la implementación de la estrategia. El apropiamiento en

el tema de VIH por los equipos regionales, sobre lo que hay que hacer, y entenderlo. Es de las ganancias más grandes en esta fase de implementación piloto.

- El proceso de supervisión se ha fortalecido con ésta estrategia y ha contribuido mucho para otros temas de salud, los instrumentos están bien hechos, lo pudieron aplicar y debe continuarse ese esfuerzo.
- El proceso de Mejora Continua de la Calidad ha sido práctico y de mucha utilidad. Son procesos muy buenos que fortalecen las competencias en los diferentes niveles de la Sesal.
- La metodología del entrenamiento a facilitadores nacionales y regionales ha sido excelente y ha mostrado un cambio importante, antes esto no se hacía y las regiones sanitarias dependían del personal técnico del nivel central; con ésta metodología las regiones sanitarias disponen de equipos técnicos capacitados para desarrollar los entrenamientos por sí mismos . De esta forma se garantiza la sostenibilidad. El contar con los manuales de entrenamiento, y todo el material apoyo requerido para un entrenamiento, la organización de una actividad. Se introdujo el tema del pre y post test, que también contribuye a que los participantes demuestren un mayor interés.
- Este periodo de implementación de la Estrategia generó mucho aprendizaje, muchas lecciones aprendidas pero también muchos retos para la sostenibilidad de los procesos. La fase de implementación piloto aún no ha terminado y aún no se sabe cómo se continuará. El apoyo del Proyecto AIDSTAR Plus ha sido importante y ha contribuido en todo este aprendizaje.

En este mismo contexto los Jefes Regionales de Cortés, San Pedro Sula, Metropolitana del Distrito Central y Atlántida manifestaron lo siguiente:

- Al principio era un poco confuso visualizar la implementación del plan piloto, porque se pensaba que la demanda de las actividades desestabilizaba la agenda de trabajo regional con todo lo que se pedía desde el nivel central, también porque no se conocía el plan de implementación. Pero en realidad no fue así, la implementación de la Estrategia apoyó el desarrollo organizacional de la región y la implementación del Modelo Nacional de Salud, así como mejoró la presencia y coordinación de la Secretaría de Salud con los proveedores no públicos.
- Los procesos que incluyen el plan piloto son diferentes y todos han apoyado de alguna manera en el rol rector de la Secretaría, pero viéndolo hacia afuera el proceso de redes, su configuración y delimitación ha sido un proceso de mucha importancia. Además ha empoderado al equipo regional mejorando las habilidades de cómo enfrentarse a otros sectores, los equipos regionales se fueron integrando y estructurando de acuerdo al DO y la estrategia ha contribuido mucho con ello.
- La implementación piloto de la estrategia, ha sido un reto grande, la magnitud se fue conociendo pero también fue una enseñanza y una oportunidad para aprender una forma diferente de hacer las cosas y aunque han existido problemas con algunas personas de los equipos regionales, se continúa haciendo cambios aunque haya resistencia.
- La metodología de los entrenamientos fortaleció a los equipos regionales ya que no se depende del nivel central sino que la región dispone de recursos entrenados en varios temas.

Respecto al tablero de control éste ayudó a fortalecer las funciones de gestión, fue una experiencia de la cual se aprendió. Sin embargo el manejo del tablero requiere más entendimiento y claridad, pero ahora ya sabemos que ayuda a tomar decisiones.

- La implementación del plan piloto ha sido una punta de lanza para las regiones para entender el Modelo Nacional de Salud, la Reforma del Sector salud.

Proceso: Implementación del tablero de control

El Tablero de Control es una herramienta gerencial que permite obtener, manejar y utilizar información estandarizada para mejorar la gestión y medir el avance programático y financiero de la implementación piloto de la estrategia. Consiste en un instrumento diseñado en un paquete informático básico y sencillo para el uso de cada Región Sanitaria y cada Unidad Normativa que ejecuta actividades para el desarrollo de la implementación piloto. La herramienta es diseñada para medir el avance de los indicadores de proceso, de resultado y de impacto y visualizar los avances de la estrategia en su totalidad. Permite dar seguimiento por objetivo y actividad a los indicadores programáticos y financieros en tiempo y cantidad. Su diseño es personalizado para incluir las actividades fundamentales establecidas en el POA de cada Región Sanitaria y Unidad Normativa. Su monitoreo es mensual, trimestral y anual según define el Plan de M&E. Este sistema de información será utilizado para informar periódicamente y sistemáticamente al nivel central acerca de los avances programáticos y financieros en las reuniones trimestrales de monitoreo y será analizada en cada nivel desde una perspectiva integral, a fin de permitir la toma oportuna de decisiones para optimizar los procesos de planificación y ejecución de las actividades programadas.

Resultados alcanzados:

- 1) **Diseño y validación del tablero de control**, como una herramienta gerencial que permite obtener, manejar y utilizar información estandarizada para mejorar la gestión y medir el avance programático y financiero de la implementación piloto de la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida.

Consiste en un instrumento diseñado en un paquete informático básico y sencillo (hoja electrónica de Excel) para el uso de cada Región Sanitaria y cada Unidad Normativa que ejecuta actividades para el desarrollo de la implementación piloto. Por tal razón, se diseñaron cuatro pestañas de entrada de información: una para cada uno de los tres objetivos y una para los indicadores de impacto/resultado. Los datos de estas cuatro pestañas se integran en una pestaña resumen que proporciona de manera interactiva la ejecución programática y financiera por objetivo/periodo.

- 2) **Personal del nivel central de las Unidades Normativas y equipo regional entrenados en el uso del tablero de control.**

Previa implementación del Tablero de control, AIDSTAR Plus realizó dos entrenamientos para el uso de la herramienta; el primero con los encargados en el nivel regional y el segundo con los encargados a nivel central de la SESAL. Estos entrenamientos fueron realizados de manera interactiva de tal manera que durante la presentación del tablero, los participantes empezaron a conocer la herramienta. Luego cada región/unidad normativa realizó un ejercicio de llenado del tablero con el respectivo análisis y presentación ante el grupo.

Durante el proceso de entrenamiento, se evidenció los diferentes niveles de conocimiento del manejo de Excel de los participantes. Por lo que se hicieron esfuerzos a nivel de la facilitación para lograr que los(as) participantes comprendieran cada paso antes de continuar al siguiente y que contaran con la guía de uso del tablero para hacer referencia después del taller.

- 3) **Aplicación del tablero de control** en reuniones trimestrales de presentación de avances del desarrollo del plan de implementación piloto.

Experiencia en la implementación del Tablero de Control por parte del Nivel Central y Regiones Sanitarias:

El personal de las regiones sanitarias responsables del llenado manifestaron que la implementación del tablero de control generó cambios importantes y permitió algunos **logros** que se plantean a continuación:

- Mejoramiento de la calidad de los datos en cuanto a la recolección sistemática, puntualidad en la entrega y precisión de los mismos; realizándose un trabajo coordinado entre los responsables de la recopilación, almacenamiento y análisis de la información; a través de la comparación de las diferentes fuentes disponibles a nivel departamental (AT2-R, ITS-2, Informe de Pruebas, Informe de Consejería, Cohorte, otros).
- Revisión continúa de la ejecución financiera junto a la ejecución programática de las metas; provocando el análisis de manera conjunta entre técnicos y personal administrativo.
- Los insumos de monitoreo y evaluación que se generan a través del tablero, han sido utilizados para mantener informados y actualizados a los tomadores de decisiones; sensibilizar a otros actores claves (equipos municipales y grupos intersectoriales) de manera que se involucren y contribuyan a alcanzar el logro de los objetivos establecidos.
- Las autoridades regionales utilizan los resultados del tablero para rendir cuentas ante sus superiores sobre los avances del Proyecto, identificando y analizando las brechas existentes según las actividades realizadas. Así mismo, toman las decisiones pertinentes según corresponda. Partiendo de una base de datos, el Tablero ha permitido conocer de manera oportuna, los cambios en el comportamiento de algunos eventos relacionados a las ITS y VIH, a lo largo de los diferentes periodos (trimestral, anual).
- Se ha considerado implementar el tablero en la Unidad de Vigilancia de la Salud y con otros proyectos que se están desarrollando actualmente en la región departamental.
- El tablero de Control es de mucha utilidad por cuanto se puede comparar de forma rápida lo programático versus lo financiero para la toma de decisiones oportunas y un mejor ordenamiento y visualización de lo programado y los resultados, por lo que el semáforo se convierte en la evidencia más útil.
- Con el uso del tablero se obliga a mantener la información actualizada y de manera oportuna para la construcción de los diferentes indicadores que son objeto de monitoreo

Entre las facilitantes identificadas por el personal involucrado en la aplicación del tablero de control sobresalieron las siguientes:

- La capacitación recibida sobre el Plan de Monitoreo y Evaluación de la Estrategia de Abordaje Integral, con énfasis en la implementación del tablero de control como herramienta gerencial para la toma de decisiones.
- El tipo de instrumento diseñado a través de un paquete informático básico y sencillo (hoja Excel) lo cual permitió medir el avance de los indicadores de proceso, de resultado y de impacto y visualizar los avances de la estrategia en su totalidad.
- La disponibilidad de los recursos de AIDSTAR Plus para aclarar dudas y apoyar el proceso.
- El trabajo en equipo es uno de lo más importante (RISS, Administración, Dirección, Talento Humano y Planeamiento) donde talento humano y RISS programan. La administración realiza las cotizaciones y gestiona el financiamiento y proporciona la información del presupuesto ejecutado a monitoria. Con los resultados la Dirección, RISS y Planeamiento toman decisiones
- El involucramiento de todos los recursos responsables en la ejecución de los planes de mejora facilitó la asignación de tareas específicas.
- El hecho de que sea una herramienta accesible y fácil de comprender

Las principales limitantes encontradas fueron las siguientes:

- No tener la información de las actividades y presupuesto ejecutado por cada actividad oportunamente, dificulta alimentar la herramienta del tablero, así como no obtener información para los avances de los indicadores de resultado de Proceso e Impacto.
- El espacio físico donde opera el tablero de control es muy reducido (Islas de la Bahía) y la encargada del manejo del tablero tiene dificultades técnicas por falta de capacitación en cómputo, falta de papelería, No tiene apoyo técnico, no todo el personal está capacitado.
- El hecho de no tener acceso oportuno a la información por fallas en la administración provocó la asignación tardía de los fondos para el POA y por la falta de entrenamiento técnico administrativo para la ejecución del POA, además, no se obtuvo retroalimentación de la unidad ejecutora de los fondos (nivel central).
- La implementación al inicio de la ejecución del plan, hubiese sido de mayor ayuda para las responsables del monitoreo del mismo; además, del acompañamiento por nivel central particularmente durante las primeras mediciones.
- A nivel regional, la falta de oportunidad en la entrega de informes técnicos por parte de algunos recursos, particularmente del nivel local dificultó completar a tiempo la información requerida para la construcción de los indicadores que alimentan el tablero.
- La multiplicidad de actividades durante el último trimestre del año, añadido a las vacaciones de varios de los recursos con quienes se iniciaría el proceso para ser aplicado a otros planes y/o actividades. Escasa retroalimentación sistemática particularmente con los actores intersectoriales cuya participación es clave en el proceso de implementación de la estrategia.

Resumen de la experiencia: La creación e implementación del Tablero de control surge desde el nivel central con el propósito de dar sentido y valoración al cumplimiento de los objetivos de la implementación Piloto de la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH en las cinco regiones priorizadas y modernizar la conducción gerencial utilizando una herramienta amigable y al alcance de los diferentes niveles de comprensión, mediante entrenamiento previo con técnicas metodológicas aplicadas por AIDSTAR Plus con enfoque teórico-práctico, para mejorar la gestión, medir el avance programático y financiero de la implementación piloto de la estrategia y facilitar la

toma de decisiones en el nivel rector. Al mismo tiempo se logra la apropiación de la herramienta en los niveles regional y local.

La utilidad del Tablero de Control queda demostrada mediante los testimonios de los y las entrevistadas y a través de los cambios que se han obtenido con este proceso en términos de mejora de la calidad de la toma de decisiones y el desempeño del recurso humano. El entrenamiento y apoyo técnico recibido de AIDSTAR Plus en este proceso cobra una singular importancia en todas las regiones sanitarias implementadas. Los gerentes de los establecimientos de salud han mejorado las actividades de forma específica y han evidenciado resultados a nivel de la prestación de servicios, porque el tablero les permite conocer de inmediato la ejecución, y lo relacionado a proveedores no públicos existentes en los municipios priorizados.

Por otro lado, el Tablero de Control de una manera expedita obtiene y rinde información a otros niveles de conducción, por lo que es necesario que se capacite a mayor número de personas idóneas, que se hagan esfuerzos para incorporar a los encargados de administración en el entrenamiento para que en una forma coordinada proporcione la información necesaria en forma oportuna y obtener así el máximo provecho de este proceso lo que favorecerá la toma de decisiones oportunas y un mejor ordenamiento y visualización de lo programado y los resultados.

Proceso: Costeo del paquete específico de prestaciones y servicios de ITS y VIH para poblaciones clave en mayor riesgo

El costeo de las prestaciones y servicios busca proveer información sobre el costo de los servicios de ITS y VIH para una entrega a las personas demandantes de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos por la Sesal. Las prestaciones y servicios costeados son parte del Paquete Específico de prestaciones en ITS y VIH para poblaciones clave y vulnerables al VIH e ITS. El proceso para el costeo de 9 prestaciones y 27 servicios se desarrolló en el marco del Plan de Implementación Piloto de la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida en las cinco regiones priorizadas. Este proceso ha permitido establecer una línea de base específica para cada Región Sanitaria priorizada en el marco de esta fase piloto.

Resultados alcanzados:

Un total de 124 personas fueron entrenadas en el uso de la herramienta y en el costeo de los servicios de los siguientes niveles:

- 6 entrenadoras nacionales
- 14 como entrenadoras regionales
- 104 personas de los proveedores de servicios.

Según Región Sanitaria se entrenaron las siguientes personas:

Región Metropolitana del DC:

- 3 entrenadoras regionales
- 42 proveedores de servicios

Región Metropolitana de SPS

- 3 entrenadoras regionales
- 16 proveedores de servicios

Islas de la Bahía

- 2 entrenadores regionales
- 12 proveedores

Cortes

- 3 entrenadores regionales
- 7 proveedores

Atlántida

- 3 entrenadores regionales
- 27 proveedores.

Experiencia en la implementación del proceso de costeo de servicios de ITS y VIH por las regiones sanitarias:

- La herramienta de costeo es de fácil aplicación y el personal está capacitado para ello. Los resultados que arroja hacen de la herramienta un buen auxiliar para la conducción técnica y administrativa del establecimiento de salud. Los esfuerzos que hay que hacer son alrededor de obtener la logística e infraestructura necesaria y el entrenamiento en el manejo de programas de computación.
- La herramienta de costos es necesaria para los gerentes de los establecimientos de salud por cuanto le brinda la información requerida para valorar las inversiones por servicio prestado, sin embargo, es necesario fortalecer, brindar refrescamiento y seguimiento a las personas responsables de su aplicación, para desarrollar la mejor utilización de la herramienta, de tal manera que se requieren esfuerzos y movilización de recursos para obtener la información requerida para lograr los objetivos de disponer de una información capaz de orientar la toma de decisiones.
- El entrenamiento fue un reto muy importante para la implementación de esta herramienta de costeo en los establecimientos de salud, ya que ha logrado que el personal incurriera en técnicas consideradas al inicio del entrenamiento como “alejadas de su formación” “difíciles” o desconocidas, pero los conocimientos y habilidades obtenidos a través del entrenamiento y los beneficios alcanzados con la implementación de la herramienta han logrado visualizar y valorar los avances que implica la aplicación de la herramienta para costear el paquete específico de prestaciones de servicios en ITS y VIH.
- El entrenamiento se desarrolló a base de talleres utilizando técnicas metodológicas teórico prácticas y participativas en la que se utilizó estudio de casos, trabajos de grupo, demostraciones, entre otras.
- Sobre el diseño, validación y definición de la herramienta de costeo la persona la Oficial Financiero de Salud de AIDSTAR Plus, explica que el proceso de costeo surge del Modelo Nacional de Salud en el Marco de la Reforma del Sector Salud, mediante cuatro estrategias que son: a) Fortalecimiento de la rectoría, b) Nuevo modelo de provisión de servicios (proveedores públicos y no públicos) c) Gerencia por resultados y d) Redes integradas de salud.

- El Manual del Usuario es una herramienta importante y pertinente a los objetivos del costeo ya que se está utilizando con buenos resultados y el personal de salud ha comprendido su utilidad e importancia.

En relación al proceso, los proveedores de las regiones sanitarias que utilizaron la herramienta, opinaron:

- El desarrollo de esta experiencia fue para algunos: excelente, para otros fue muy buena pero difícil por ser un tema nuevo y diferente; aspectos que al final del entrenamiento fueron superados.
- La propuesta de costeo se fundamenta en el sistema de protección social y alcanza los objetivos porque ayuda a conocer los costos de las prestaciones de servicios y está bien diseñada.
- La herramienta de costeo facilita la toma de decisiones ya que ayuda a medir o cuantificar la inversión con cada usuario(a) que requiera del servicio, al tener esta medición administrativamente se pueden controlar las acciones y mejorarlas.
- La metodología utilizada en el entrenamiento para implementar la herramienta de costeo fue “muy didáctica y esencial” para la implementación del proceso así como fue importante el hecho de involucrar a varias personas de diferentes áreas para poder costear oportunamente cada sección de la herramienta.
- En cuanto a la aplicabilidad y credibilidad de la herramienta del paquete específico de prestaciones opinan que es pertinente a los objetivos porque la herramienta reflejó información del establecimiento con los costos reales tanto directos como indirectos, por lo que hace viable la aplicabilidad del mismo, además, cuando la herramienta se conoce y se le practica su aplicación es sencilla.

Aspectos que favorecieron la aplicación o el uso de la herramienta de costeo:

- La herramienta considera todos los ítems probables de cualquier servicio y complejidad, así como contar con toda la información actualizada del establecimiento.
- El hecho de involucrar a varias personas de diferentes áreas en el establecimiento de salud fue facilitador para poder costear oportunamente cada sección de la herramienta. Dado que en forma automática la herramienta permite darse cuenta de la ejecución de las actividades, facilita la toma de decisiones en forma oportuna.

Entre los aspectos que limitaron el proceso se identificaron los siguientes:

- El no contar con los costos de cada insumo a ocupar en cada prestación.
- Algunos participantes no vieron la importancia de la aplicación de la herramienta o la sintieron muy complicada.
- Algunos insumos son de uso del nivel central y se desconocía los proveedores de los mismos
- El desconocimiento de algunos costos y/o datos solicitados de poco acceso como el área de metros cuadrados del terreno y de construcción entre otros fue una limitante de importancia.

Sugerencias para la sostenibilidad de este proceso:

- Capacitar a los administradores regionales en el uso de la herramienta para que sepan de la importancia de contar con los precios de cada insumo y puedan manejar catálogos de precios.
- Capacitar al personal en el manejo computarizado de la hoja Excel.
- Que la parte administrativa de las regiones sanitarias utilice la herramienta de costeo y no la consideren como un instrumento más de contabilidad.
- Monitorear el uso de la herramienta y la toma de decisiones en forma sistemática en la institución

Proceso: Mejora Continua de la calidad de los servicios de ITS y VIH

El marco conceptual de la Mejora Continua de la Calidad (MCC) está referido a la identificación de oportunidades en el ambiente de trabajo para implementar procesos de mejora, desarrollar herramientas simples de medición de, formular una estrategia de y crear un plan de trabajo para tratar áreas de mejora dentro de su lugar de trabajo. Es un proceso participativo que desarrolla capacidades locales y mejora estándares de calidad con recursos locales.

Un total de 241 personas fueron entrenadas en Mejora Continua de la Calidad de los servicios de ITS y VIH de los siguientes niveles:

- 15 entrenadoras nacionales
- 89 como entrenadoras regionales
- 446 personas de los proveedores

Nivel Central:

- 6 entrenadores nacionales
- 5 entrenadores regionales

Según Región Sanitaria se entrenaron las siguientes personas:

Región Metropolitana del DC

- 2 entrenadores nacionales
- 15 entrenadoras regionales
- 241 proveedores de servicios

Región Metropolitana de SPS

- 2 entrenadoras regionales
- 21 entrenadoras regionales
- 90 proveedores de servicios

Islas de la Bahía

- 1 entrenador nacional
- 10 entrenadores regionales
- 18 proveedores

Cortés

- 2 entrenadores nacionales
- 16 entrenadores regionales
- 57 proveedores

Atlántida

- 2 entrenadores nacionales
- 21 entrenadores regionales
- 40 proveedores

Experiencia de la implementación del proceso en las regiones sanitarias priorizadas:

Las personas de los establecimientos de salud que facilitaron el proceso y las que se involucraron en la elaboración de los planes de mejora continua manifestaron lo siguiente:

- Los cambios y logros obtenidos en los establecimientos de salud son muy importantes y se pueden analizar desde dos aspectos: a) se ha elevado la calidad de la atención privilegiando a la mujer embarazada, fortaleciendo y organizando la prevención y detección oportuna de las ITS y VIH en un ambiente organizado y en coordinación con todos los servicios y, b) a nivel del personal que a partir de fortalecer sus conocimientos y reconocer algunas de sus carencias pasó a sentirse parte de un equipo motivado y comprometido participando activamente en el proceso con un mejor desempeño.
- A partir del entrenamiento se auto calificaron y visualizaron algunas de las fallas en su desempeño y sintieron la necesidad de mejorar la calidad de la atención, esto fue posible por la eficacia y características del entrenamiento y puesta en práctica de técnicas participativas-reflexivas.
- En este proceso de Mejora Continua cobra una enorme importancia el entrenamiento; el conocimiento teórico-práctico de los diferentes temas de ITS y VIH Sida son absolutamente necesarios para brindar la atención en una nueva modalidad integral. Además, en este proceso se ha evidenciado, que es posible motivar al personal de salud favoreciendo su crecimiento personal así como se moderniza la gerencia del establecimiento, se logra la satisfacción de los y las usuarias y se llenan de orgullo sus recursos por los resultados logrados.
- Las capacitaciones y seguimiento de las actividades son la garantía para la sostenibilidad del proceso. La notoria mejoría de la calidad de la atención, los cambios y transformaciones ocurridos en el sistema de prestación de los servicios, la manifiesta satisfacción de los(as) usuarios(as) entre otros, constituye motivo de satisfacción y entusiasmo de los prestadores de servicios.
- La principal facilitante fue contar con la asistencia técnica y financiera a través del proyecto AIDSTAR Plus, ya que permitió contar con la logística y los insumos necesarios para desarrollar los procesos.
- Se ha conformado un equipo de MCC en los establecimientos de salud, el cual permite dar seguimiento a los procesos de mejora y un mayor ordenamiento en el servicio en cuanto a registros y cumplimiento de normas.

- En general, la actitud del personal entrenado y los que participaron en la elaboración de los planes de mejora continua fue positiva. Se esforzaron para poder asistir al taller a pesar de tener actividades propias de sus labores, mostraron interés en el tema. En general se afirma que muchos de los participantes estaban sorprendidos “otros muy contentos porque estaban siendo tomados en cuenta para el taller” en general muy satisfechos por haber sido invitados.

Factores limitantes en el proceso

- El exceso de funciones simultáneas asignadas provoca la falta de tiempo para cumplir, ya que la consulta no se suspende
- El personal en algunos establecimiento de salud rechazan abiertamente la atención a personas de la diversidad sexual
- Emergencias de salud (Dengue y Chickungunya), jornadas nacionales de vacunación, entre otros, limitó el desarrollo de los planes de Mejora Continua de la Calidad.
- Algunas personas en los establecimientos de salud se resisten al cambio, otras no quiere involucrarse en el proceso de capacitación y resulta muy difícil tratar de involucrar otro personal en el proceso
- “Algunos temas no son fáciles de “digerir”- ha sido su expresión- todavía tienen que orientarse más sobre lo que son algunas cosas, como ser los indicadores, el flujo-grama, definición del estándar, la elaboración de indicadores, análisis del sistema con diagramas de flujo, éste último fue difícil porque de repente había muchas brechas a la vez, lo que dificultaba la elección

Recomendaciones:

- Que se brinde al equipo técnico la oportunidad en tiempo disponible para seguir replicando esta capacitación y brindando reforzamiento al personal hasta lograr que todos y todas conozcan de MCC
- Se requiere que el equipo regional apoye directamente la capacitación en los establecimientos de salud.
- Realizar reuniones periódicas frecuentes con el equipo de mejora continua de la calidad y con todo el personal para brindar una excelente atención a los usuarios.
- Compartir las experiencias vividas en este proceso con otros establecimientos de salud.

Proceso: Entrenamiento de recursos humanos que proveen servicios en ITS y VIH

Durante el período de julio 2013 a agosto del año 2015, con la asistencia técnica del proyecto AIDSTAR Plus, se desarrolló un proceso de entrenamiento a proveedores públicos y no públicos en la entrega de los servicios de salud en forma integral en las áreas de promoción, prevención, atención y apoyo de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Este proceso tenía como objetivo entrenar en la correcta aplicación de la normativa nacional en ITS y VIH a personal de proveedores públicos y no públicos de las cinco regiones priorizadas. Logrando fortalecer y desarrollar los conocimientos, habilidades y destrezas en personal de proveedores públicos y no públicos en la aplicación de los procedimientos para la provisión de servicios de i) Procedimientos operativos de laboratorio para el diagnóstico de infecciones oportunistas más frecuentes en personas con VIH, ii) Procedimientos para el manejo integral de

las infecciones de transmisión sexual, y iii) Promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH: Orientaciones técnicas de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento en poblaciones claves del taller y los comentarios y/o intervenciones que realizaron las personas participantes.

El proceso de entrenamiento fue fundamentado y desarrollado en base a lo siguiente:

1. Coordinación y trabajo en equipo con las contrapartes de las unidades normativas del nivel central y de los equipos regionales.
2. Aplicación de la metodología participativa y de aprendizaje de adultos, en el diseño de los manuales de entrenamiento y el desarrollo de los talleres.
3. Principios de la educación para adultos:
4. Elaboración de manuales de procedimientos, lineamientos y orientaciones técnicas según los temas:
 - a) Manual de procedimientos para el manejo integral de las infecciones de transmisión sexual
 - b) Manual de procedimientos operativos de laboratorio para el diagnóstico de infecciones oportunistas más frecuentes en personas con VIH
 - c) Lineamientos generales de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH en Honduras
 - d) Orientaciones técnicas: Diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio del comportamiento, para la prevención del VIH en las poblaciones clave de Honduras
5. Diseño de manuales de entrenamiento a entrenadores y de entrenamiento a proveedores, para uso de los facilitadores y facilitadoras en cada proceso.
 - Manual de entrenamiento a entrenadores en los procedimientos operativos de laboratorio para el diagnóstico de infecciones oportunistas más frecuentes en personas con VIH
 - Manual de entrenamiento a proveedores en los procedimientos operativos de laboratorio para el diagnóstico de infecciones oportunistas más frecuentes en personas con VIH
 - Manual de entrenamiento a entrenadores en los procedimientos para el manejo integral de las infecciones de transmisión sexual.
 - Manual de entrenamiento a proveedores en los procedimientos para el manejo integral de las infecciones de transmisión sexual.
 - Manual de entrenamiento a entrenadores en “Promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH: Orientaciones técnicas de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento en poblaciones claves”
 - Manual de entrenamiento a proveedores “Promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH: Orientaciones técnicas de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento en poblaciones claves”
6. Entrenamiento a entrenadores nacionales y regionales seleccionados de acuerdo a un perfil predefinido según las competencias y de acuerdo al DO central y regional. Se realizaron 3 talleres, uno de entrenamiento a entrenadores nacionales y 2 talleres a entrenadores regionales.

En el **siguiente cuadro** se detalla el número de recursos entrenados como entrenadores para cada tema y según las categorías nacionales o regionales.

Tema	TOTAL Entrenadores nacionales	Entrenadores regionales					Total Entrenadores regionales
		Atlántida	Cortés	Islas de la Bahía	Metropolitana de San Pedro Sula	Metropolitana del Distrito Central	
Procedimientos operativos de laboratorio para el diagnóstico de infecciones oportunistas más frecuentes en personas con VIH	9	5	1	2	3	3	14
Procedimientos para el manejo integral de las infecciones de transmisión sexual	12	6	5	3	6	7	27
Promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH: Orientaciones técnicas de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento en poblaciones clave	10						27
TOTAL	31						68

En total se entrenaron **284 proveedores** distribuidos de la siguiente manera:

- a) 137 proveedores entrenados en los Procedimientos para el manejo integral de las infecciones de transmisión sexual:
 - 32 Región Sanitaria Atlántida
 - 23 Región Sanitaria Cortés
 - 19 Región Sanitaria Islas de la Bahía
 - 33 Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central
 - 29 Región Sanitaria Metropolitana de San Pedro Sula

- b) 33 proveedores entrenados en los Procedimientos operativos de laboratorio para el diagnóstico de infecciones oportunistas más frecuentes en personas con VIH:
 - 7 Región Sanitaria Atlántida
 - 7 Región Sanitaria Cortés
 - 9 Región Sanitaria Islas de la Bahía
 - 4 Región Sanitaria Metropolitana de San Pedro Sula
 - 6 Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central

- c) 114 proveedores entrenados en el tema de Promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH: Orientaciones técnicas de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento en poblaciones clave:
- 26 Región Sanitaria Atlántida
 - 16 Región Sanitaria Cortés
 - 17 Región Sanitaria Islas de la Bahía
 - 15 Región Sanitaria Metropolitana de San Pedro Sula
 - 40 Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central

Experiencia de la implementación del proceso entrenamiento en servicios de ITS y VIH en las regiones priorizadas:

Las personas entrenadas y los equipos regionales entrenados como entrenadores manifestaron lo siguiente:

- A través de este Proceso se ha capacitado a una buena cantidad de recursos con metodologías innovadoras para adultos que no han pasado desapercibidas por la mayoría, dada sus características incluyentes y estratégicas cuya finalidad es el fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos para mejorar la calidad de los servicios de ITS y VIH. La introducción de nuevos temas ha sido de vital importancia para dirigir las acciones del personal que ha cubierto una necesidad sentida de conocimientos llegando a producir satisfacciones que conducen a un mejor desempeño.
- El esfuerzo de seleccionar recursos no siempre tiene aciertos es el caso de que algunas de las personas capacitadas no siempre tienen disponibilidad de tiempo para reproducir o aplicar lo aprendido, otras reproducen los talleres con grandes esfuerzos quejándose de falta de apoyo de las autoridades inmediatamente superiores y una tercera situación que es la del que se capacita y reproduce responsablemente lo aprendido con lo que tiene. De cualquier manera la implementación de la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS y VIH requiere del entrenamiento el cual es bien recibido y se reconoce como un estímulo necesario y como fuente de mejoras en el servicio y en el desempeño.
- Fue un proceso amplio bien organizado y muy bien enfocado en lo que se pretendía, con resultados “muy fructíferos” y la convocatoria fue oportuna”. La metodología fue participativa, didáctica, entendible, y al ponerlo en práctica han observado que con la metodología educativa enfocada al riesgo los (las) usuarios reflexionan y se preocupan más por el riesgo al que han estado sometidos(as).
- La convocatoria al taller fue oportuna y se hizo en forma multidisciplinaria lo que favoreció que la participación fuera amplia. De esta forma en los establecimientos de salud se contará con más personas entrenadas.
- La metodología para adultos fue positiva, fue “aprender haciendo que es diferente a los talleres magistrales que se han recibido sobre todo en el tema de ITS” El proceso fue fácil, se cumplieron los objetivos y la metodología fue muy práctica. El trabajo en grupo ayuda a facilitar, los aprendizajes”

Facilitantes del proceso:

- La metodología teórico-práctica, las técnicas de aprendizaje usadas, también los manuales, y el material didáctico fueron adecuados y apropiados para el aprendizaje.
- Los manuales de entrenamiento facilitaron bastante porque son muy buena herramienta, el contenido bastante claro.
- Auto descubrirse algunas capacidades que no sabían que tenían para dar las charlas, La realización de socio dramas fue una buena experiencia.
- La buena organización, los materiales a tiempo, el equipo disponible, todo eso facilita el buen desenvolvimiento de los talleres y la concentración por parte de los participantes.
- La logística, los locales en que se desarrollaron los talleres fueron los adecuados.
- El hecho de que el grupo de participantes fuese multidisciplinario facilitó el aprendizaje porque hubo intercambio de experiencias que para unos eran desconocidas.
- El acompañamiento de los facilitadores durante los trabajos de grupo facilitó el proceso de aprendizaje porque iban de mesa en mesa para aclarar dudas y orientar el trabajo.
- “El grupo se acopló tanto, que éramos un solo bloque debido a la metodología y el tema”.
- Los participantes a los talleres fueron seleccionadas en base a un perfil.

Recomendaciones

- Realizar los entrenamientos en etapas o por grupos para no dejar aéreas de atención descubiertas, y cuando se vaya un recurso de vacaciones quede sustituyendo otro que este igualmente capacitado.
- La región debe monitorear los procesos y apoyar que se continúen capacitando el personal de los otros establecimientos de salud.

Proceso: Ampliación de cobertura de servicios de ITS y VIH en poblaciones clave.

En el marco de la implementación piloto se ha dado un nuevo impulso para ampliar el tratamiento antirretroviral y promover la aplicación de avances científicos que muestran que el TAR salva vidas y reduce significativamente la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Las nuevas directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizadas en el 2013, recomiendan iniciar el TAR más tempranamente. Esta recomendación favorece la expansión del tratamiento Anti-retroviral (ARV) y permite el aprovechar el máximo de los beneficios que ofrece el tratamiento para mejorar la calidad de vida de las personas con VIH. EL primer reto es lograr un acceso temprano al diagnóstico del VIH. Para ello se deben incrementar los esfuerzos para ampliar la prueba y consejería del VIH. El segundo reto es conseguir una atención de calidad que maximice la retención en TAR y la reducción de la carga viral a niveles indetectables para todos los pacientes. El acercamiento de los servicios a la población, la participación comunitaria, el monitoreo virológico son elementos clave para el logro de esta atención de calidad.

Resultados alcanzados:

En la fase piloto se planificó la apertura de 10 servicios de prestación de servicios de TARV de los cuales se logró la apertura de 6 en los siguientes Establecimientos de Salud:

Región Metropolitana del DC:

- ES Flor del Campo

Región Sanitaria de Cortes:

- ES Villanueva
- ES Choloma

Región Sanitaria de Atlántida:

- ES San Juan Pueblo

Región Sanitaria Islas de la Bahía:

- ES Oak Ridge
- ES Los Fuertes

Experiencia de la implementación del proceso ampliación de cobertura de servicios de ITS y VIH en poblaciones clave en las regiones priorizadas:

Los equipos regionales y proveedores de establecimientos de salud donde se implementaron los servicios de terapia antirretroviral manifestaron lo siguiente:

- Puede corroborarse que cada región vivió experiencias diferentes en la implementación de este proceso, los equipos técnicos se vieron enfrentados a la creatividad y buena voluntad, lo cual hizo que realizaran actividades y procedimientos que nunca se habían hecho y todo en aras de ampliar los servicios haciendo llegar los tratamientos de ARV lo más cerca posible a quienes lo necesitan. En algunos establecimientos de salud el proceso es incipiente y para todos ha sido un reto especialmente para aquellas que nunca tuvieron esa vivencia, en cambio, hay regiones sanitarias con amplia experiencia en extender la cobertura de otros servicios por lo cual se facilitó dicho proceso.
- El proceso de Ampliación de Cobertura de los Servicios de ITS y VIH en poblaciones claves data del 2014 en las Regiones Sanitarias priorizadas basado en el plan piloto de la Estrategia de Abordaje Integral a las ITSVIH/Sida, de la Secretaría de Salud (SESAL). En la elaboración de la propuesta participó el personal técnico de la Unidad de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y de la Unidad de Planeamiento y de Vigilancia de la Salud.
- Se elaboró en base a las necesidades de extender los servicios de atención de servicios de terapia antirretroviral en aquellos lugares con altas prevalencia de VIH e ITS. El objetivo del proceso fue acceso, geográfico en aquellos lugares donde se concentra la mayor cantidad de población, la más alta prevalencia de personas con VIH y favorecer a la población mejorando el acceso a los servicios.
- El plan de extensión de cobertura, era necesario hacerlo, ya que el tratamiento ARV en la atención a personas con VIH es en la actualidad la forma más efectiva de prevención del VIH; es una necesidad de país y una disposición de la SESAL en cumplimiento a las recomendaciones internacionales de OMS/OPS en la ampliación de cobertura a las personas con VIH.
- En el inicio de este proceso se presentaron algunas diferencias en las regiones sanitarias, el denominador común fue el entusiasmo del personal por hacer bien las cosas y aprender de los errores, para el caso, reconocen (en una región) que “hizo falta la participación de la comunidad”, “al momento de la decisión no se tomó en cuenta la opinión del personal de los CAI ni el de los establecimientos de salud donde se iba a implementar”.

Recomendaciones a la metodología en la apertura de los servicios de terapia antirretroviral en el primer nivel primario:

- Utilizar siempre la Encuesta de Apertura
- Socializar la propuesta en borrador de la extensión con los CAI involucrados que van a referir y los ES donde se abrirán los servicios, Grupos de Auto apoyo y ONG.
- Hacer una encuesta de opinión con los pacientes candidatos a ser referidos.
- Que los pacientes que son transferidos tengan al día los exámenes, CD4 y Carga viral, que tengan la información y el expediente esté completo.
- Realizar entrevistas al personal para identificar fortalezas y debilidades para brindar el servicio.
- Explicar a cada paciente y asegurarles la confidencial.
- Aumentar el tamizaje para poder captar los nuevos.

Factores que favorecieron el proceso de implementación

- La disposición de la Región Sanitaria Metropolitana de San Pedro Sula
- La asistencia técnica y apoyo financiero brindado por el proyecto AIDSTAR Plus en los diferentes procesos de elaboración de la propuesta de extensión, entrenamiento, y en la definición de las estrategias y mecanismos para la apertura de los servicios en los establecimientos.
- Apoyo del personal de los CAI de Región Sanitaria Metropolitana de San Pedro Sula y Hospital de Tela.
- El apoyo técnico financiero
- La actitud del personal de los establecimientos de salud.
- Haber recibido la capacitación

Factores que limitaron el proceso de implementación

- Retraso en el desembolso de los fondos del POA USAID, lo que ocasiona que se tenga que cumplir con todo el POA en menor tiempo de ejecución
- Se identificaron recursos para entrenarlos pero al haber varias actividades no se entrenaba al recurso ideal
- Se disminuyeron las atenciones de los establecimientos de salud debido a que se tenía que entrenar simultáneamente a varios recursos debido a la premura del tiempo
- No se logró abrir los servicios en el establecimiento de salud de Triunfo de la Cruz, y aun no se ha tomado la decisión a nivel regional sobre cual establecimiento de salud implementar
- El establecimiento de salud de Triunfo de la Cruz no reúne las condiciones físicas: no hay agua, electricidad en mal estado, no reúne las medidas de bioseguridad, solo hay un consultorio. La zona de Triunfo de la Cruz es aislada y de alta peligrosidad (es asaltado continuamente)
- La actitud del personal de algunos establecimientos de salud no demuestra compromiso
- Los pacientes se han sentido incómodos y no ha sido fácil convencerlos para que asistan a los nuevos establecimientos de salud.

Recomendaciones

- Identificar bien a la población a la que se va a dar el servicio
- Tomar en cuenta los factores geográficos, de acceso y políticos
- Sensibilizar a todo el recurso del establecimiento

- Poder convencer al paciente que se traslade de CAI a un establecimiento garantizándole que se le brindaran las mismas condiciones de calidad
- No provocar el cambio brusco a los pacientes con los traslados desde los CAI
- Sensibilización de los recursos humanos de los CAI para el proceso de referencia
- Que los pacientes tengan un expediente en archivo general y que sea el médico tratante quien tenga un archivo donde este lo de la atención de VIH para

Lo que hace falta por hacer

- La promoción y la referencia de los CAI primarios
- Se debe retomar la promoción de salud y realizar ferias de la salud a nivel local con el fin de involucrar a las autoridades y hacer promoción de los servicios.
- Hace falta de promoción y colaboración o conciencia de los CAI de los hospitales para hacer la referencia y tratar de hacer más conciencia en las personas con VIH para su traslado
- Retomar que los recursos involucrados: conozcan el documento de propuesta.
- Utilizar siempre la Encuesta de Apertura
- Socializar la propuesta en borrador de la extensión con los CAI involucrados que van a referir y los ES donde se abrirán los servicios, Grupos de Auto apoyo y ONG.
- Hacer una encuesta de opinión con los pacientes candidatos a ser referidos.
- Encuestar al personal para identificar fortalezas y debilidades para brindar el servicio.
- Garantizar el continuo de atención a las personas, principalmente el apoyo psicológico ya que se ha buscado apoyo en recursos de otras instituciones para dar el servicio.
- Brindar capacitaciones continuas en los establecimientos de salud del primer nivel sobre la existencia y funcionalidad de los servicios.
- Realizar actividades a nivel comunitario donde se promuevan los servicios y se dé información sobre el VIH en los medios de comunicación que el VIH es una enfermedad crónica y que en el establecimiento cercano a su caso se está dando el servicio
- Que el personal entrenado sea permanente
- Solicitar y promover apoyo y solidaridad a las fuerzas a vivas en el nivel local y brindar apoyo y acompañamiento técnico a nivel regional
- Capacitar en visita domiciliaria y grupos de auto apoyo.
- Apoyar otros servicios tales como visita domiciliaria.

Acciones a realizar para que este proceso sea sostenible

- Promocionar la importancia y ventajas de los servicios
- Que se garantice la confidencialidad
- Que el recurso esté capacitado
- Promover y apoyar la buena Actitud de los proveedores
- Aumentar el personal permanente (médico y enfermería)
- Fortalecer el empoderamiento del personal
- Garantizar los insumos y recursos necesarios para abastecer los servicios
- Brindar acompañamiento, apoyo técnico y retroalimentación del nivel regional
- Realizar jornadas de intercambio entre los ES donde se proveen estos servicios
- Financiamiento para la capacitación
- Contar con los insumos necesarios
- Contar siempre con la Asistencia técnica por parte del nivel central
- Continuar con la supervisión capacitante

Proceso: Configuración y delimitación de las redes integradas de servicios de salud

Se define a las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) como un grupo de organizaciones articuladas que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativa e integrada a una población definida. El eje central del proceso de implementación del Modelo Nacional de Salud es el componente de atención/provisión de servicios de salud, requiriéndose de la configuración de las Redes Integradas de Servicios de Salud para organizar la provisión de los servicios en el primer nivel de atención; basado en el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS), la articulación de la red según las necesidades de las poblaciones y las capacidades de respuesta de los equipos regionales y locales se pretende garantizar la continuidad de la atención en los diferentes niveles del sistema y proveedores públicos y no públicos. La línea estratégica No.2 “Reorganización de la provisión de los servicios en ITS y VIH” de la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/SIDA establece que la provisión de servicios debe ser complementaria, articulada y organizada a través de las redes de proveedores públicos y no públicos funcionales definidas en los espacios población,

Resultados alcanzados:

- 1) Se desarrolló un proceso de entrenamiento de recurso humano para la delimitación y configuración de las RISS en las cinco regiones priorizadas; un total de 24 personas fueron entrenadas como entrenadores regionales. En las Regiones Metropolitana del DC y SPS, así con en la Región Sanitaria de Islas de la Bahía se entrenaron 5 entrenadores regionales en cada una de las regiones. En las Regiones Sanitarias de Cortes y Atlántida se entrenaron 7 y 2 entrenadores regionales respectivamente. Posterior al entrenamiento las Regiones Sanitarias desarrollaron el proceso de delimitación y configuración de sus respectivas RISS y en cada una de ellas se brindaran los servicios de ITS y VIH.
- 2) A la fecha la SESAL ha **delimitado un total de 77 redes en las 20 regiones sanitarias** y en 20 redes en las cinco sanitarias priorizadas distribuidas a continuación:
 - Región Metropolitana del DC: 8
 - Región Metropolitana de SPS: 3
 - Región Sanitaria de Cortes: 5
 - Región Sanitaria de Atlántida: 3
 - Región Sanitaria Islas de la Bahía: 1

Experiencia de la implementación del proceso delimitación y configuración de redes integradas de servicios de salud en ITS y VIH en las cinco regiones priorizadas:

- La delimitación y configuración de Redes es considerada un proceso novedoso, a través del cual se pudo identificar que la región como rectora, no tenía conocimiento de todos los sectores de los establecimientos no públicos: ONG, fundaciones, etc. y que el desarrollo del proceso requiere de cierto nivel de complejidad, “no es una receta de cocina”, sino por el contrario requiere de mucho análisis y de tener información detallada de los establecimientos

de salud públicos y no públicos. Fue una experiencia nueva, se brindó conocimientos, se organizó por etapas, se contaba con la Guía de Delimitación y configuración de las RISS.

- El proceso es considerado por las personas involucradas como una experiencia agradable, aun cuando no se contaba con la información y de tener que empezar de cero.

Factores que favorecieron este proceso:

- Equipo regionales comprometidos.
- Apoyo técnico y financiero por parte del proyecto AIDSTAR Plus y del Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención (DSPNA) en los procesos de capacitación, talleres a proveedores.
- Personal debidamente entrenado en lo relacionado al proceso.
- Personal entrenado en realizar mapas, los técnicos en salud ambiental que conocen el territorio que sirvió para ubicar las AGI y las distancias
- La actitud positiva de los recursos regionales
- La anuencia de las autoridades municipales que quieren ver un cambio en el sistema de salud

Limitantes encontradas en el proceso:

- Falta de entrenamiento en el proceso de RISS para quienes no participaron en la capacitación, porque no todo el personal capacitado del equipo conductor se involucró completamente en el proceso debido a otras funciones asignadas dentro de la región dejando una carga de trabajo en los que quedaron a cargo.
- La Asesoría que brindó la SESAL vertió opiniones distintas y cambiantes para realizar el trabajo, al principio las Instrucciones no fueron claras.
- El hecho de ser una región piloto se trata de ir aprendiendo en el transcurso del proceso y a veces limita por no tener los recursos suficientes, los insumos y los conocimientos.
- Negativa de proveedores no públicos a participar en el proceso.
- Múltiples funciones simultáneas de los recursos regionales en otros procesos de igual o mayor importancia.
- Los compromisos asumidos en los talleres para desarrollar el proceso no se retomaron oportunamente, sino a la proximidad de la fecha de entrega.
- La participación del equipo técnico en cada etapa fue selectiva, esto dificultó que no todos tenían conocimiento del desarrollo del proceso en su continuidad.
- No se dieron espacios periódicos para ir consolidando y al mismo tiempo socializando el avance del proceso y los plazos para la entrega de los compromisos asumidos en talleres eran demasiado cortos.
- No concuerda la parte teórica con el desarrollo práctico para la configuración de las redes.
- Se percibió que el nivel central aún no tenía claridad sobre el concepto y perfil oficial del “Gestor”. Hay confusión entre los conceptos de Gestor y Proveedor.
- El nivel de complejidad para la delimitación. Por ejemplo en la ciudad de San Pedro Sula, las tres redes son totalmente diferentes, por población, geografía, la más compleja la de Miguel Paz Barahona quedo con casi el 50% de la población del municipio, combinada urbano/rural y urbano marginal.
- Falta de recursos tecnológicos para realizar los mapas a disposición de la región.

Logros alcanzados

- Se logró definir la red priorizada en base al análisis de prevalencia de ITS y VIH, lográndose además tener mayor comunicación y acercamiento con los proveedores no públicos, involucrando además el sistema médico empresas del IHSS
- Los proveedores públicos están involucrados en el sistema de información de la SESAL y conocen de los procesos de la SESAL, Están anuentes a los procesos
- El proceso ha permitido visualizar hacia donde se van a orientar los servicios de la región.
- A nivel local se ha realizado el abordaje a las autoridades municipales y que se vayan acoplado a la región para dejarse guiar en la creación de establecimientos policlínicos contando con el apoyo para tratar de construirlos.

Recomendaciones para la continuidad del proceso de delimitación y configuración de las RISS

- El Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención (DSPNA) debe seguir brindando asistencia técnica al equipo regional, con mayor frecuencia, preferiblemente en forma presencial. Que toda línea de trabajo se realice en forma escrita y con claridad.
- Mantener informado permanentemente a todo el equipo regional involucrado sobre el proceso.
- Tener en cuenta el apoyo técnico y financiero externo para la delimitación y configuración de las otras redes
- Que las autoridades regionales se involucren y asuman mayor compromiso del proceso mediante monitorias al trabajo de los equipos conductores
- Definir el rol que debería desempeñar la autoridad regional
- Que las Matrices sean unificadas para todas las regiones
- Que los formatos sean los que se necesiten realmente, que no sean cambiados
- Que se involucre al personal de informatiza en los entrenamientos
- Promover y cumplir con la unificación de conocimientos entre los asesores del DAPS para poder seguir la misma línea de trabajo
- Unificar los lineamientos para el llenado de las matrices, mediante la creación de un instructivo para el llenado de las mismas
Fortalecer técnicamente a las regiones sanitarias en el trabajo en equipo

Acciones sugeridas para la sostenibilidad del proceso

- La configuración y delimitación de la RISS no es exclusivo de RISS regional sino que debe ser conocido, guiado y monitoreado por la jefatura regional.
- El Departamento del Primer Nivel de Atención (DSPNA) debería preocuparse porque el proceso se cumpla mediante monitorias
- Monitorear al equipo conductor desde la autoridad regional y desde nivel central
- Aclarar el tema financiero que garantice que se va a cumplir todo lo que se está haciendo a nivel operativo
- Orientación clara de las características del gestor y de cómo buscarlo
- El equipo conductor se debe oficializar y definir sus funciones y el cumplimiento de las mismas.
- Darle seguimiento y continuidad al proceso

Proceso: Armonización de cooperantes para facilitar la coordinación en la implementación de la estrategia

Con el propósito de promover la armonización y alineamiento de los esfuerzos nacionales en la respuesta al VIH e ITS, la Secretaría de Salud en su rol rector invitó a representantes de la cooperación nacional e internacional a fortalecer la coordinación, evitar la duplicidad de esfuerzos y contribuir a la adecuada implementación de la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida en el Marco de la Reforma del Sector Salud de Honduras. La Estrategia plantea en la séptima línea estratégica, describe la importancia de la coordinación intersectorial y programática lo cual deberá ser un eje transversal que favorece la creación de espacios generadores de sinergias y asegurar la implementación efectiva del Plan Maestro de Implementación Piloto.

Resultados alcanzados:

- 1) Se creó un comité de coordinación intersectorial y programática y se desarrollaron reuniones conducidas por el nivel político de la Sesal, con la participación de representantes de diferentes agencias de cooperación. El funcionamiento de este comité, facilitó una efectiva coordinación para el desarrollo de la Estrategia que actualmente se está implementando una fase piloto en 5 regiones sanitarias priorizadas. En adición, AIDSTAR Plus proporcionó asistencia a las unidades técnica del nivel central y las cinco regiones sanitarias de la Secretaría de Salud para fortalecer el entendimiento de las líneas de acción para el alineamiento y armonización de los esfuerzos en la implementación de la Estrategia en sus diferentes fases. Se desarrollaron nueve (9) reuniones con participación de representantes técnicos de la cooperación nacional e internacional que trabajan en el tema de ITS y VIH y personal del nivel político-normativo, técnico y de las regiones sanitarias de la SESAL.
- 2) Se desarrolló una reunión en la cual se conformó el comité intersectorial y programático en apoyo a la implementación de la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida en el Marco de la Reforma del Sector Salud de Honduras; AIDSTAR Plus coordinó con la oficina de la Subsecretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud para elaborar un cronograma de reuniones, iniciando en el mes de febrero 2015. Se realizó la primera reunión con el Comité Intersectorial y Programático; la Dra. Sandra Pinel, Subsecretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud coordinó el desarrollo de la reunión e inició la misma con una presentación de la de la Estrategia de Abordaje Integral de las ITS/VIH/Sida en el Marco de la Reforma del Sector Salud en el contexto del Plan Nacional de Salud; se explicó que la implementación de la Estrategia requiere del alineamiento y la armonización de la cooperación y los socios implementadores en un solo marco de acción e invitó a los y las representantes a sumarse y apoyar este esfuerzo nacional; asimismo agradeció el apoyo de parte de USAID y sus socios implementadores en la implementación piloto y enfatizó la necesidad urgente de continuar alineando y armonizando la asistencia técnica y financiera hasta finalizar la implementación piloto y desarrollar el marco de la fase de implementación nacional.
- 3) Se presentó el Modelo Nacional de Salud, como la norma político-técnica, que brinda lineamientos a todas las instituciones/organizaciones públicas y no públicas que integran el Sector Salud para que articulen esfuerzos y se alcancen las metas y objetivos propuestos en materia de salud.
- 4) Se realizó la segunda reunión el 28 de abril, 2015 en la cual se presentó la Herramienta para el Cálculo del Costo del Paquete Específico de Prestaciones y Servicios en ITS y VIH para

Poblaciones Clave y una presentación de cooperantes, que incluyó información de los proyectos con sus objetivos generales y específicos y el vínculo del proyecto con la Estrategia, áreas técnicas de intervención, áreas geográficas de influencia, poblaciones priorizadas beneficiadas, coordinación con las Unidades Técnicas de la Sesal.

Además se realizaron cinco (5) reuniones regionales entre el 10 al 14 de agosto, 2015 para fortalecer las líneas de acción para el alineamiento y armonización de los esfuerzos regionales en sus diferentes fases; Se hizo énfasis en que la USAID seguirá apoyando al país a través del proyecto Vínculos a través del Continuo de Servicios de VIH para Poblaciones Clave Afectadas por el VIH (Linkages, en inglés), bajo el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR). Linkages será implementado por FHI 360 en asociación con otros actores y llevará a cabo una serie de actividades para reducir la transmisión del VIH entre las poblaciones clave – trabajadores de sexo, hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero y personas que se inyectan drogas – y mejorar su acceso y retención en la atención y tratamiento de VIH. Linkages acelerará la capacidad del Estado de Honduras, líderes y organizaciones que trabajan con población clave y proveedores del sector privado para planificar e implementar servicios que reducen la transmisión del VIH entre las poblaciones clave y sus parejas sexuales para extender la vida de las personas que viven con VIH.

- 5) Finalmente se realizó una reunión con el Autoridades de la SESAL el 18 de agosto, 2015, para fortalecer las líneas de acción para el alineamiento y armonización de los esfuerzos en la implementación piloto del Plan Maestro de la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida en el Marco de la Reforma del Sector Salud de Honduras.

Proceso: Normalización para la atención en ITS y VIH

De febrero de 2014 a junio de 2015 en un trabajo en conjunto representado por diferentes sectores y liderado por la Secretaría de Salud a través de la Dirección de Normalización se elaboraron las normas técnicas del sector salud “Atención integral a la población en el abordaje de las infecciones de transmisión Sexual — Requisitos” y Atención integral a la población. Promoción, prevención, atención integral a las personas, vigilancia epidemiológica e investigación relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Requisitos para la armonización.

Las normas técnicas establecen los requisitos que deben cumplir todos los proveedores de las redes integradas de servicios de salud del país, para la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, referencia y respuesta, manejo, vigilancia epidemiológica e investigación relacionados a las infecciones de transmisión sexual y al VIH, a fin de asegurar la calidad, eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios.

Participaron en este proceso las siguientes organizaciones: Asociación de Hospitales Privados de Honduras (ASHOPRHO), Asociación de Protección al Consumidor de Honduras (ASPROCOH), Asociación Colectivo Violeta, Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Honduras (CMQCH), Colegio de Cirujanos Dentistas de Honduras (CCDH), Colegio Médico de Honduras (CMH), Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Vice-rectoría de Orientación y Asuntos Estudiantiles/Área de Salud (VOAE) Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Proyecto AIDSTAR Plus/ JSI – Honduras, Samaritan’s Purse, Asociación Nacional de Personas

viviendo con VIH y Sida en Honduras (ASONAPVSIDAH), Facultad de Odontología. Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Tecnológica (UNITEC), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Subdirección de Bienestar Social. Policía Nacional.

Se lanzó oficialmente ambas normas el 6 de agosto de 2105 con la asistencia técnica de AIDSTAR Plus. La Secretaria de Salud manifestó el compromiso de vigilar que todos los servicios de salud sean de alta calidad y calidez, respetando los derechos humanos como el derecho a la salud, sexuales y reproductivos, la equidad de género, la diversidad sexual y la interculturalidad, ejecutando acciones costo eficientes, promoviendo la participación de la sociedad civil organizada con énfasis en la transparencia y rendición de cuentas de todos los sectores.

Experiencia en la elaboración de las Normas Técnicas:

La elaboración del proyecto de las Normas Técnicas del Sector Salud: Atención integral a la población en el abordaje de las infecciones de transmisión Sexual — Requisitos y Atención integral a la población. Promoción, prevención, atención integral a las personas, vigilancia epidemiológica e investigación relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Requisitos para la armonización; ambos procesos se desarrollaron por la iniciativa del Departamento de ITS/VIH/SIDA quien determino que se elaboraran dos documentos; uno que planteara todos los aspectos normativos del VIH y otro de las ITS, esta necesidad fue presentada al Proyecto AIDSTAR Plus para gestionar la asistencia técnica y financiera; quien aprobó apoyar el desarrollo de ambos procesos.

Posteriormente se conformaron dos equipos de trabajo con técnicos del Departamento de ITS/VIH/SIDA y del Proyecto AIDSTAR Plus para trabajar en la elaboración de propuestas de los proyectos, el 28 de febrero de 2014 se efectuó un taller para completar la elaboración de las propuestas de los proyectos de Normas Técnicas de ITS y VIH en su fase inicial, es así como el 5 de junio de 2014 se entrega la Propuesta de Nuevo Proyecto a la Dirección General de Normalización y del 12 al 26 de junio de 2014 esta dirección envía la Consulta de Nuevo Proyecto a las personas que formaran parte del Comité Técnico Normalización.

El 12 de agosto de 2014 al 18 de febrero de 2015 se dio la etapa de comité para elabora el Borrador de los proyectos, en este comité habían dos personas que representaban la institución una con cargo de propietario y otra con cargo de suplente; conformándose por las siguientes organizaciones: Asociación Nacional de Personas Viviendo con VIH y Sida en Honduras (ASONAPVSIDAH), Asociación de Jóvenes en Movimiento (AJEM), Asociación KUKULCAN, Asociación Colectivo Violeta, Asociación de protección al Consumidor de Honduras (ASPROCOH), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Colegio Médico de Honduras, Colegio de Cirujanos Dentistas, Escuela de Microbiología, Departamento de Enfermería, Universidad Tecnológica, proveedores de servicios a las personas con VIH del primer y segundo , Laboratorio Nacional de ITS, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Dirección General de Vigilancia de la Salud, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Dirección General de Normalización entre otros.

El rol del comité fue reunirse un día cada semana para discutir, analizar y consensuar cada requisito descrito en la norma los cuales debían basarse en evidencia científica y ser aprobados por los miembros propietarios.

4 de marzo al 2 de mayo de 2015: Etapa de Consulta Pública la cual consistió en anunciar en dos diarios que ambos proyectos estaban a la disponibilidad de toda la población para realizar sugerencia, observaciones y recomendaciones

15 de mayo de 2015: firma el borrador final de Norma Técnica del Sector Salud y se elabora el acta de cierre, describiendo que no hubo comentarios, ni aspectos a mejorar durante la consulta pública.

26 de mayo de 2015: entrega a la Dirección General de Normalización el Borrador Final de Norma Técnica del Sector Salud para su aprobación

5 de junio de 2015: aprobación de la norma de “Atención integral a la población en el abordaje de las Infecciones de Transmisión Sexual — Requisitos”

15 de julio de 2015: aprobación de la norma de Atención integral a la población. Promoción, prevención, atención integral a las personas, vigilancia epidemiológica e investigación relacionada con el virus de la inmuno-deficiencia humana (VIH). Requisitos para la armonización

6 de agosto de 2015: Lanzamiento Oficial de las Normas Técnicas.

VI. Conclusiones

La Valoración de medio término fue diseñada para identificar logros, avances y obstáculos en el cumplimiento de metas establecidas en el Plan Maestro de Implementación Piloto de la Estrategia de abordaje Integral de las ITS y VIH en el Marco de la Reforma del Sector Salud, así como ofrecer recomendaciones técnicas que orienten a tomadores de decisiones en la finalización de la fase piloto. Así mismo se pretende fortalecer las competencias técnicas y habilidades en el personal para realizar en el futuro valoraciones de procesos similares

Los Objetivos planteados para la Valoración Intermedia fueron:

1. Identificar los principales logros, avances y obstáculos en el mejoramiento de la capacidad rectora, la ampliación de la cobertura, la mejora de la calidad de los servicios y el cumplimiento de metas de los planes de implementación piloto de la estrategia
2. Proponer conclusiones y recomendaciones según los resultados de la valoración para desarrollar el proceso de valoración, las autoridades de la secretaria fueron consultadas sobre la idoneidad de la valoración y su enfoque y cada región fue visitada y consultada sobre su interés en participar en el desarrollo de la evaluación.
3. Se diseñó el protocolo de la valoración como estudio descriptivo de corte transversal utilizando técnicas cuantitativas y cualitativas. El universo lo constituyeron las Autoridades de la Sesal de nivel central, regional y socios; proveedores públicos, no públicos y usuarios de servicios de ITS y VIH.

4. La población objetivo fueron tomadores de decisión del nivel central y regional; socios cooperantes.
5. Los procesos incluidos para la valoración fueron los siguientes:
 - a) Rectoría
 - b) Armonización y Alineamiento
 - c) Tablero de control
 - d) Costeo de prestaciones y servicios de ITS y VIH
 - e) Mejora Continua de la Calidad
 - f) Supervisión Capacitante de la provisión de servicios de ITS y VIH
 - g) Normas, manuales, curriculas, guías y lineamientos
 - h) Entrenamiento de Recursos Humanos
6. Se realizaron 38 entrevistas en profundidad con informantes clave y 29 entrevistas auto-diligenciadas, 12 grupos focales (conformados por un máximo de 10 personas y un mínimo de 6 personas), 11 Grupos de discusión y revisión documental.

VII. Hallazgos

- La función **Rectora** de la Secretaria, como pieza clave de la Reforma, está plenamente interiorizada en los equipos regionales y se ha visto reforzado a través de los procesos iniciados.
- Se confirma que el MNS se implementa con el **nuevo D.O** y esta valoración se desarrolla sobre esta plataforma.
- La asistencia técnica se considera **un dinamizador** para la implementación piloto de la Estrategia y debería continuar hasta la finalización de esta fase.
- Los diferentes procesos de la implementación piloto de la Estrategia, deben ser considerados como un todo (integrados), para obtener **impacto deseado**.
- Las herramientas desarrolladas con la asistencia técnica de AIDSTAR-Plus /JSI, se han **institucionalizado** y forman parte del capital de recursos de las regiones.
- Los procesos iniciados en la fase de implementación piloto de la Estrategia, posibilitan un **aumento en la cobertura, una mejora en la atención, un mayor acceso a la TAR** en la atención primaria.
- Manifiesto **interés** por parte de los equipos en ser parte de la valoración.
- Los equipos regionales han participado en el pilotaje como equipo, lo que ha **potenciado los resultados obtenidos en esta fase**.
- El tablero de mando, es una herramienta que mejora la gestión en las regiones sanitarias su implementación y uso debe continuar fortaleciéndose.

- La supervisión capacitante involucra a los equipos en los diferentes niveles (supervisores y supervisados) y se desarrolla con un enfoque de retroalimentación capacitante.
- La delimitación y configuración de las redes integradas: un enorme reto, pero al mismo tiempo un descubrimiento de las posibilidades para implementar el MNS mediante la organización de los servicios integrales y contribuir a la continuidad en la atención de los usuarios.
- El proceso costeo de los servicios apoya la aplicación del concepto de racionalizar el gasto sanitario y facilita la estimación del costo del paquete específico de prestaciones y servicios en ITS y VIH.

VIII. Logros

1. Cinco planes regionales con presupuesto asignado.
2. Cinco tableros de mando diseñados y en uso.
3. Dos Normas Técnicas del Sector Salud elaboradas y publicadas.
4. 11 manuales, guías o lineamientos elaborados.
5. 21 Curriculas de entrenamiento.
6. 1,500 personas entrenadas en diferentes áreas temáticas.
7. 15 Planes de Mejora Continua de la Calidad de los servicios de ITS y VIH.

IX. Recomendaciones

1. Finalizar la fase piloto de la Estrategia de Abordaje Integral con la asistencia técnica.
2. Asegurar un desembolso fluido de los recursos financieros para la implementación de los planes regionales.
3. Continuar utilizando las herramientas diseñadas en la implementación piloto de la Estrategia
4. Fortalecer las competencias técnicas de los equipos regionales.
5. Finalizar el proceso de sistematización para obtener las lecciones aprendidas que serán aplicadas.

X. Retos

- Reorganización de los servicios TARV de acuerdo a la nueva clasificación y tipificación de servicios que asegure el continuo de la atención.

- Diseñar nuevas estrategias para identificar más personas con VIH y ofrecer tratamiento, desde la Atención Primaria.
- Retrasos en el desembolso de los fondos.
- Otras actividades compiten con la implementación del piloto.
- Incertidumbre sobre el futuro en la finalización del plan piloto y la extensión de la Estrategia a nivel nacional.
- Mejorar la eficiencia de los recursos humanos disponibles en el marco de la Reforma del Sector Salud.

XI. Bibliografía

- 1) Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida en el Marco de la Reforma del Sector Salud de Honduras
- 2) Photovoice: Una Investigación - Acción Participativa Estrategia Aplicada a la Salud de la Mujer. *Diario de Salud de la Mujer*, 8 (2): 185-192, 1999.
- 3) Propuesta de Redes Integradas de Salud (Documento en Proceso)
- 4) Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas
 - a. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS 2005
- 5) Modelo Nacional de Salud – Secretaría de Salud 2013
- 6) Cosavalente V, Oscar, “Sistematización del proceso de implementación del Monitoreo y evaluación del proceso de descentralización en salud en el nivel regional orientado a mejorar el desempeño de la función Salud” Junio 2010. Programa de Apoyo a la Reforma en Salud PARSALUD II Perú
- 7) *Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las América WDC-2008*
- 8) *Proceso de sistematización de la Atención Integral a La Niñez-Secretaría de Salud 1994-2000*